

Kan dårlige nyheter kommuniseres på en god måte?

Legens utfordringer i møte med alvorlig syke pasienter

Det er den draumen

*Det er den draumen me ber på
at nokø vedunderleg skal skje.
at det må skje –
at tidi skal opna seg,
at hjarta skal opna seg,
at dører skal opna seg,
at berget skal opna seg,
at kjeldor skal springa –
at draumen skal opna seg,
at me ein morgonstund skal glida inn
på ein våg me ikkje har visst um.*

Olav H. Hauge

**Hovedoppgave, medisinsk embetsstudium
Universitetet i Oslo, våren 2005**

Ragnhild Skjælaaen Vatn

Abstract

During the last 30 years clinical communication has become a more prominent field in general medicine. It has become clear that a good relationship between the doctor and the patient is of great importance for the patient's total clinical outcome.

To be able to understand the patient's underlying problems, the clinical communication needs to be of high quality. Cancer patients go through different phases that can be very demanding. It is of great importance that the doctor pay attention to the patient's emotional, social and spiritual challenges, not only his physical complains. Good and efficient communication makes the patient more satisfied, and makes him understand both the diagnosis and the treatment in a better way. The chances of good compliance grow, and the risk of developing anxiety or depression reduces. In addition the doctor feels more competent.

Cancer is an illness that influences both the patient and his relatives. The relatives are also in the right of care and this must be remembered.

Doctors are a heterogeneous group, and studies have shown that the ability to communicate well not necessarily has to be an inborn quality. Neither do years of experience with cancer patients automatically result in clinical communication skills of high quality. Medical students are taught important factors needed in a conversation with a seriously ill patient. Feedback is very important. Learning communication skills is a long process. Therefore experienced doctors also need to focus on their communications skills through communication courses and follow-up.

Innholdsfortegnelse

Abstact

Innholdsfortegnelse

Innledning

Del 1: Den kliniske samtalen

1.1 Generelt

1.2 Kommunikasjonsferdigheter

1.2.1 Hva er hensikten med og kommunikasjon?

1.2.2 Kommunikasjon i ulike faser av sykdommen

1.2.3 Hva ønsker pasienten å vite?

1.2.4 Stikkord ("cues")

1.2.5 Pasientens kommunikasjonsferdigheter

1.3 Lege-pasient-forholdet

1.3.1 Hvilke forhold påvirker lege-pasient-forholdet?

1.3.2 Hvordan bygge opp tillitsforholdet til pasienten?

1.3.3 Hvordan påvirker lege-pasient-forholdet compliance?

1.4 Finnes nøytral informasjon?

1.5 Empati

1.5.1 Definisjon av begrepet empati

1.5.2 Tilgrensende begreper

1.5.3 Empati anvendt profesjonelt

1.5.4 Kjennetegn ved den empatiske prosessen

1.6 Håp

1.6.1 Hva er håp?

1.6.2 Håp og kommunikasjon

1.7 Åndelige spørsmål

1.8 Pårørende

1.9 Normale psykiske reaksjoner og psykiske lidelser

Del 2: Hvordan læres gode kommunikasjonsferdigheter?

1.1 Er behovet for trening i kommunikasjon til stede?

1.2 Hvordan undervise studenter i klinisk kommunikasjon?

2.2.1 Hvilke metoder er mest effektive?

2.2.2 Rollespill

2.2.3 Undervisning av studenter i Norge

2.3 Hvordan undervise leger i klinisk kommunikasjon?

2.3.1 Innledning

- 2.3.2 En randomisert, kontrollert studie av effekten av kommunikasjonstrening
- 2.3.3 Vil kommunikasjonstrening endre legers holdninger?

Oppsummering og konklusjon

Litteraturliste

Innledning

Jeg studerer medisin på 6. året ved Universitetet i Oslo og har gjentatte ganger gjennom studiet vært borti temaet klinisk kommunikasjon. Undervisningen har bestått av både tradisjonelle forelesninger, trening i smågrupper med rollespill og veileder og smågruppeundervisning på sykehusavdelinger.

Jeg har oppfattet temaet som spennende og utfordrende. Jeg ser på fagområdet som svært viktig i studiet og yrket vårt og jeg ønsket å sette meg grundigere inn i den teoretiske bakgrunnen. Uavhengig av hvilket fagområde innen medisinen jeg velger, er det meningsfullt å ha utviklet gode kommunikative egenskaper.

Problemstilling: *Kommunikasjon med alvorlig syke pasienter. Hvilke faktorer er viktige for god kvalitet?*

Problemstillingen er omfattende og jeg har derfor måttet avgrense den i betydelig grad. Jeg har valgt ut kreftpasienter som pasientgruppe. Dette har jeg gjort fordi det finnes mye god litteratur rundt denne pasientgruppen. Jeg har valgt å ta opp klinisk kommunikasjon generelt som et tema og opplæring i klinisk kommunikasjon som et annet tema.

Jeg har valgt ikke å gå inn på en detaljert beskrivelse av et generelt anamneseopptak. Jeg har heller tatt for meg spesifikke tema som er sentrale i kommunikasjon med alvorlig syke pasienter. Når det gjelder kreftrammede har jeg valgt ikke å ta med problemstillinger rundt syke barn. Dette er et stort tema i seg selv og blir for omfattende å ha med i denne oppgaven. Jeg har heller ikke skilt mellom ulike krefttyper. Mange studier bruker mennesker med ulike typer kreft i samme studium. Dette har jeg også valgt å gjøre. Gjennom oppgaven har jeg valgt å henvise til legen som "hun" og pasienten som "han". Dette er et tilfeldig valg, men det at jeg har tatt et valg gjør det enklere istedenfor å skrive han/hun gjennomgående. Det blir også klarere hvem jeg sikter til.

Litteraturen varierer angående hvilke grupper helsepersonell den er beregnet på. Jeg har brukt litteratur som omhandler leger spesielt eller eventuelt et mer generelt begrep som helsepersonell. Dette viser da som regel hovedsaklig til sykepleiere og leger.

Jeg har brukt artikler fra ulike tidsskrifter, samt bøker. Jeg søkte på ulike databaser, Medline/PubMed og Cochrane Library. Søkeordene var "kreft og kommunikasjon". Jeg søkte i tillegg i spesifikke tidsskrifter, bl.a. The Lancet og BMJ. Videre brukte jeg referansene i både artiklene og bøkene til å finne ytterligere litteratur. Min veileder, Erik Wist, gav meg også flere litteraturhenvisninger.

Del 1: Den kliniske samtalen

1.1 Generelt

Den kliniske samtalen er bærebejelken i møtet mellom lege og pasient. Gjennom samtalen har pasienten mulighet til å legge frem sitt problem, og legen gis mulighet til å fange opp pasientens spørsmål, ønsker og tanker. Mye kan gå galt i denne prosessen, og mye trengs derfor å læres.

1.2 Kommunikasjonsferdigheter

1.2.1 Hva er hensikten med god kommunikasjon?

Når legen bruker kommunikasjonsferdigheter på en effektiv måte virker dette positivt både for pasienten og legen (1).

1. Legen identifiserer pasientens problem mer nøyaktig.
2. Pasienten er mer fornøyd og forstår bedre informasjon om sykdommen, undersøkelser og behandlingsmuligheter.
3. Det er større sannsynlighet for at pasienten følger opp behandlingen og følger råd om atferdsendring.
4. Pasientens stress og sårbarhet overfor angst og depresjon reduseres
5. Legens egen følelse av mestring øker.

Effektiv kommunikasjon er hjørnesteinen ikke bare for håndtering av angst, depresjon og en rekke andre emosjonelle problemer, men også frigjøring fra smerte og andre symptomer (2). Når lege-pasient-forholdet er dårlig ligger årsaken nesten alltid i redusert evne til god kommunikasjon, ikke i tekniske evner.

Hovedoppgavene for legen ved kommunikasjon med pasienten er (1):

- Få frem pasientens hovedproblemer, pasientens oppfattelse av disse og de fysiske, emosjonelle og sosiale konsekvensene av disse for pasienten og hans familie.
- Tilpasse informasjonen til hva pasienten ønsker å vite, undersøke pasientens forståelse.
- Få frem pasientens reaksjon på den gitte informasjonen og hans viktigste bekymringer.
- Finne ut hvor mye pasienten ønsker å delta i beslutningstaking (når behandlingsalternativer finnes).
- Diskutere behandlingsmuligheter slik at pasienten forstår konsekvensene.
- Maksimere mulighetene for at pasienten følger avtalte beslutninger om behandling og råd om endringer i livsstil.

1.2.2 Kommunikasjon i ulike faser av sykdommen

Kommunikasjon mellom kreftpasient og lege kan deles i 3 faser: 1. Den første kontakten, 2. Informasjon om diagnose og 3. Den vedvarende kontakten (3).

1. Den første kontakten

Ved den første kontakten mellom pasient og lege på sykehus foreligger det som oftest ikke resultater av prøver og undersøkelser. Det fremste målet for legen bør her være kontaktetablering. Det er i denne fasen viktig å legge grunnlaget for tillit i lege-pasient-forholdet. Det er flere faktorer her som selvsagt også vil være viktige i de videre fasene av sykdommen. Omgivelsene for samtalen må være trygge (4). Det bør være et krav om ro. Samtalene skal ikke foregå i korridorer eller på rom med andre pasienter (hvis det er mulig å unngå). Egne samtalerom er det gunstigste, men ofte er legens kontor det eneste alternativ. Organisering av stoler og bord bør være bevisst for ikke å skape for stor avstand mellom lege og pasient. Pasienten skal få tilbud om å ha med seg familie/pårørende. Legen bør ta opp problemstillingen, da pasienten ikke alltid selv vil våge å ta ordet. Pårørende kan forebygge misforståelser og senere i sykdomsprosessen bli svært viktige for pasienten.

I det første møte med pasienten er det viktig at legen presenterer seg på en ordentlig måte. Denne bør i starten heller være formell enn uformell. Kroppsspråket forteller mye. Det er viktig å være klar over at hvis det er uoverensstemmelse mellom den verbale og den nonverbale kommunikasjonen, kan den verbale lett bli satt til side (5). Det blir derfor viktig å være ærlig overfor pasienten. Legen må i det første møtet signalisere at han har tid, kunnskap og interesse for pasienten (3). Undersøkelser har vist at pasienter oppfatter at legen bruker dobbelt så lang tid på en samtale hvis hun setter seg ned ved siden av sengen enn om hun står ved fotenden (5). Legen må signalisere varme og medfølelse, ikke være autoritær.

Det er i det første møtet viktig å få kunnskap om hva pasienten vet (4). Legen må innhente kunnskap om hvordan pasienten opplever situasjonen her og nå. En må stille direkte spørsmål om hvordan pasienten oppfatter tilstanden sin, om eventuell angst for situasjonen og om de plager pasienten måtte ha og hvordan pasienten opplever disse. Uansett hvilke svar han måtte gi, skal pasientens informasjon behandles med stor ydmykhet og forståelse. En viktig metode å få vite mest mulig på, er å stille åpne spørsmål. En oppnår da at pasienten får mulighet til å fortelle fritt, og man signaliserer at man bryr seg om pasienten. Legen må bruke bekreftende kommunikasjon, hun må akseptere og anerkjenne pasientens oppfatning. Dette er ikke det samme som å være enig, heller ikke det samme som å berolige eller forsikre. Legen må, etter å ha gitt informasjon, stille kontrollspørsmål for å sikre at pasienten har forstått informasjonen. En informasjon er ikke gitt før den er forstått av mottaker.

2. Informasjon om diagnose og forventninger

Spørsmålet om pasienten skal få vite kreftdiagnosen, og i hvilken grad deler av eller hele sannheten skal komme frem, har vært stilt gjentatte ganger opp gjennom historien. Tidligere var det ikke vanlig å fortelle hele sannheten om diagnosen. Begrunnelsen var ønsket om å beskytte pasienten, en trodde det var gunstigst for pasientene å leve i hvert fall i delvis uvisshet. En skulle unngå angst, depresjon og fare for selvmord (3). Blant terminalt syke pasienter var det spesielt kreftsykdom man ikke skulle snakke for mye om (2). Fra 1970-tallet har det imidlertid blitt klart at pasientene har rett på å få vite sannheten.

Når en kreftdiagnose er mulig eller sikker, må legen finne ut hvor mye pasienten vil vite om diagnosen, undersøkelser og behandling. Dette gjøres for å lette en psykologisk tilpasning og sikre at pasienten vil følge råd og behandling. Man har funnet ut at et av de beste tegnene på pasienters evne til å venne seg til tanken på at de har kreft og må ha behandling for den, er at de oppfatter informasjonen de får, som tilstrekkelig i forhold til sine behov (6). Et mindretall av pasientene gir uttrykk for at de ikke ønsker mer informasjon (4). Hvis noen gir uttrykk for dette, er det viktig å finne ut hva pasienten vet og ikke vet. Legen kan be pasienten beskrive sin sykdom og hva det er som bekymrer en mest. En kan her finne ut at pasienten er redd for hva han kan komme til å få vite, og at han med litt ekstra støtte egentlig ønsker informasjonen. Noen ønsker virkelig ikke å få vite, evt. bare begrenset innsikt. Det er i denne situasjonen viktig ikke å presse informasjon på pasienter som ikke ønsker det (6).

Skal man vente med å informere til pasienten er rede for det (5)? Det er en del som mener at pasienten skal signalisere at de ønsker informasjon. Før de gjør dette er de ikke modne for å bli informert. Svakheterne i dette resonnementet er imidlertid klare. En er avhengig av at alle pasienter gir slike signaler. I tillegg må disse signalene oppfattes av helsepersonellet. Begge disse punktene er usikre. En viktig faktor her er at hvis den som skal informere om vonde nyheter kvier seg, vil dette påvirke evnen til å fange opp signaler fra pasienten.

Det er stor variasjon i hvor stor grad pasientene stiller spørsmål angående sykdommen sin. Mange ønsker å vite mer, men spør ikke direkte. Behovet for informasjon varierer over tid. Det er viktig å være klar over at kunnskap ikke gir depresjon, men kan være med på å opprettholde håp (2). Hvorfor er det noen som ikke spør? Det kan være mange som forsøker å gi signaler uten at disse blir oppfattet. Noen spør andre enn legen, som sykepleiere eller medisinstudenter. De kan føle at dette er mindre skremmende. Andre lar være å stille spørsmål for å unngå å sette andre i en vanskelig situasjon. Noen har inntatt en sykerolle og på denne måten fraskrevet seg ansvar og blir passive. Pasienten kan ha opplevd en tidligere ubehagelig situasjon og er redd for å oppleve dette igjen. Noen har vansker med å formulere seg. Noen er redde for å bli enda mer redde og tror ikke de vil takle den situasjonen.

I en samtale om diagnose og tiden fremover ønsker det klare flertallet en ærlig og åpen samtale (3). Pasientene trenger informasjonen for bl.a. å kunne planlegge finansielle forhold og gi informasjon til familie og pårørende. Det er en god regel å ha med en pårørende under en slik samtale. Dette vil gi identisk informasjon til pasient og pårørende, samt at de i etterkant kan gå dypere inn i temaet. En kan unngå mistenksomhet som kan oppstå hvis legen snakker med pasient og pårørende hver for seg. Under selve diagnoseformidlingen er det svært viktig at legen opptrer med respekt og følelse. Det kan være en fordel å gi forhåndsvarsel, senke hastigheten og være oppmerksom på pasientens reaksjoner. "Alt håp" må ikke frarøves pasienten. Legen må være godt forberedt (kjenne resultater av prøver og undersøkelser uten å måtte lete opp svar underveis). Det er viktig at helsepersonell ikke blir skremt av den fortvilelsen som nødvendigvis oppstår ved formidling av dårlige nyheter (6). Fortvilelsen må erkjennes, og pasienten må oppfordres til å snakke om den. Det kan hjelpe hvis legen oppsummerer pasientens bekymringer, sjekker om det er andre, undersøker dem og snakker med pasienten om han vil ha opplysninger om videre undersøkelser og behandling. Som en reaksjon på pasientens fortvilelse er det viktig ikke å love å hjelpe, men heller "å prøve å hjelpe". Pasienten skal oppleve håp, men ikke få falske forhåpninger.

Spørsmålet om prognose kommer ofte opp når pasienten har fått diagnosen kreft. Det er da viktig å svare på et passende plan. Ved gode muligheter for helbredelse kan legen si: "På dette

stadiet har vi det beste håp om helbredelse.” Hvis prognosen er mindre klar, er det viktig å antyde dette: ”Vi har et ganske godt håp om at vi kan helbrede dette.” Ved litt mindre gode utsikter kan en si: ”Vi burde klare å få kontroll her” eller ”Jeg tror ikke vi klarer å kurere dette, men jeg tror vi kan lindre noen av symptomene, særlig smertene du har hatt.” Denne type utsagn kan føre til ny fortvilelse og usikkerhet. Det er derfor viktig å undersøke om pasienten har forstått og evt. gi ytterligere informasjon. Det er imidlertid viktig at legen ikke lar seg presse til å gi et nøyaktig anslag på forventet levetid. Dette er altfor usikkert og kan skape flere problemer enn det løser.

Samtalen bør som regel ende i en konklusjon. Behandlingsmulighetene må oppsummeres med en konklusjon på hva som er gunstigst for pasienten. Målet med behandlingen må komme klart frem. Pasienten, legen og evt. pårørende bør diskutere og i fellesskap komme frem til en felles løsning.

3. Den vedvarende kontakten

En viktig faktor for å utvikle et godt lege-pasient-forhold er kontinuitet. Pasienten skal ikke oppleve å møte nye ansikter hver gang han kommer til en oppfølgingstime. Omsorg for de pårørende er også viktig i denne fasen av sykdommen. Det er hele familien som blir rammet av kreftsykdommen. Spørsmål om prognose vil komme igjen etter hvert som sykdommen utvikler seg, det vil være en kontinuerlig prosess.

I 2002 ble det i Oslo gjort en studie på poliklinikk-konsultasjoner på en kreftklinikk (7). Målet var å identifisere forholdet mellom innholdet i samtalen i de forskjellige fasene av konsultasjonen og pasientens tilfredshet. Kreftbehandling er vanligvis krevende og går over lang tid, måneder eller år. Pasientene må i tillegg følges opp over mange år. Dette er en slitsom prosess å måtte leve med, og det er viktig at kommunikasjonen mellom lege og pasient fungerer best mulig. Resultatet for pasienten ble i denne studien målt som pasienttilfredshet. Spesifikke elementer av kommunikasjonen som er positivt korrelert med pasienttilfredshet er: en omsorgsfull lege, sosial konversasjon og empati fra legens side. Selv om pasienten setter pris på tilbrakt tid med legen, sees det ingen direkte sammenheng mellom tilfredshet og varighet av konsultasjonen.

I studien deltok 36 pasienter og 4 erfarne onkologer. Pasientene var fra en tilfeldig poliklinikkdag. Alle pasientene ble spurt om å delta og 74 % bestemte seg for å være med. Alle samtalene ble tatt opp på tape. Det ble satt en nedre grense for varighet på 3 min. (59 % av det totale antallet). Analysen av konsultasjonene ble foretatt med Roter Interaction Analysis System (RIAS). Alle utsagn ble registrert og kategoriser i 39 kategorier, med hovedgruppene: sosioemosjonelle utsagn og instrumentelle utsagn (åpne og lukkende spørsmål, informasjon og rådgivning). Konsultasjonen ble delt i 3: Anamnese (fra starten av intervjuet til undersøkelsen starter), undersøkelse og rådgivning. Tilfredsheten ble målt vha. spørreskjema med 19 spørsmål som omhandlet selve konsultasjonen (oppgaverelatert tilfredshet) og legen (forholdsrelatert tilfredshet).

Resultatene viste at gjennomsnittlig konsultasjonstid var på 8 min og 13 s. Anamnesen tok drøyt 3 min, undersøkelsen 1 ½ min og rådgivningsfasen 3 ½ min. Total konsultasjonstid var ikke relatert til pasienttilfredshet, heller ikke varigheten av anamnesen eller undersøkelsen. Det var en moderat sammenheng mellom varighet av rådgivning og tilfredshet. Det var en

signifikant sammenheng mellom mengden av informasjon og tilfredshet. Under undersøkelsesfasen var det signifikant misnøye ved høy grad av psykososial utveksling.

Som konklusjon ble det trukket frem at det under anamnesen er viktig å bruke tid på informativ og ikke-medisinsk prat. En bør unngå psykososial utveksling under undersøkelsen, pasienten vil heller ha informasjonen etter undersøkelsen, en ønsker å beholde en viss distanse. Legen bør konsentrere seg om undersøkelsen. En del av funnene i denne studien var annerledes enn andre europeiske studier har vist. Andre har vist at onkologiske konsultasjoner har vært svært dominert av legen. Det var ikke tilfellet her, da lege og pasient pratet omtrent like mye under anamnesen og undersøkelsen.

En svakhet ved undersøkelsen er spesielt det lave antallet deltakere. En bør derfor være forsiktig med generalisering før en har resultater fra ytterligere studier.

1.2.3 Hva ønsker pasienten å vite?

For å kunne oppnå et godt lege-pasient-forhold med god kommunikasjon er det et viktig poeng å vite hva pasienten ønsker å vite. Kirk m.fl. gjorde i 2004 en kvalitativ studie der de spurte hva pasienter som mottok palliativ behandling for kreft og deres familier ønsket å få vite (8). 72 deltakere fra Canada og Australia deltok. Det ble utviklet en detaljert intervjuguide som skulle fange opp en grundig beskrivelse av pasientens opplevelse av å få diagnosen og informasjonen rundt. Intervjuene ble tatt opp på video og videre analysert ord for ord i tillegg til at emosjonelle reaksjoner ble registrert. Hovedtemaene var kommunikasjonsprosessen og innholdet av samtalen. Mange av pasientene var misfornøyde med kommunikasjonsprosessen, spesielt under samtalen der diagnosen ble formidlet. Seks kommunikasjonsferdigheter hos legen ble identifisert som spesielt viktige under prosessen:

- Være ærlig.
- Gjøre informasjonen forståelig
- Vise at en bryr seg
- Bruke tid
- Tilpasse informasjonsmengden og tempo til pasienten og situasjonen
- Stå løpet ut

De to viktigste elementene av samtalen innhold var *prognose* og *håp*. Når det gjaldt *prognose* ble det trukket frem fire viktige elementer. 1) Ønsket om å få informasjon om prognosen fra en ekspert ble påpekt. Dette ville gjøre det lettere å akseptere informasjonen, samt å stole på det en fikk vite. 2) En burde møte respekt for ønsket om detaljert informasjon om prognosen. Legen må være ærlig om det han vet. Selv om det kan være umulig å gi svært detaljert informasjon om hva som vil komme til å skje, og når, må pasientene respekteres for ønsket. 3) Videre hadde pasientene et behov for forutsigbarhet. En viss følelse av kontroll bedrer livskvaliteten. 4) Individuell timing var en faktor som ble trukket frem. Legen må tilpasse informasjonen til det pasienten er klar for. Dette innebærer en stadig utvikling etter hvert som sykdommen progredierer.

Når det gjaldt *håp* ble det påpekt et behov for beskjeder med håp i gjennom hele sykdomsprosessen. Håp kunne omfatte alt fra kurasjon til kortsiktige mål for hva en ønsket å kunne oppnå. Selv om både pasienten og de pårørende hadde akseptert at døden nærmet seg, skulle likevel ikke døren lukkes helt for at et mirakel kunne skje. Tilnærmet alle pasientene

som deltok ønsket å dele all informasjon med sin nærmeste familie. En svakhet når det gjelder dette funnet er at familier som hadde problematiske familieforhold i utgangspunktet trolig takket nei til å delta i studien. I denne studien var pasienten og de pårørende opptatt av prognose i like stor grad. Dette er annerledes enn mange andre studier har vist, der de pårørende har villet vite mer om prognosen. Dette kan trenge mer forskning.

1.2.4 Stikkord ("cues")

Det er ikke alltid pasienten viser sine bekymringer på en åpen måte (9). Ofte kommer han bare med små stikkord eller bisetninger som kan fortelle hva han tenker på.

Et eksempel kan være en pasient som kommer til legen og er litt tungpusten. Legen spør om han har vært forkjølet og om allmenntilstanden er redusert. Pasienten svarer at han har vært litt forkjølet, men formen er egentlig bra. Han håper bare ikke han kommer på sykehus. Legen svarer at det vil han ikke gjøre, vi ser bare forkjølelsen litt an, det er mest sannsynlig bare en virusinfeksjon. I eksempelet sier pasienten at han er redd for å komme på sykehus. Dette følges ikke opp av lege, avvises bare. Pasienten gir uttrykk for at han er redd for noe. Legen kan ikke hjelpe han med dette om han ikke går nærmere inn i problemstillingen. Han kan svare pasienten "Hvorfor tenker du på sykehus?". Pasienten har kanskje en nær venn som nettopp har fått diagnosen lungekreft. En kort samtale rundt dette tema kan hjelpe pasienten mye.

I vårt samfunn blir mange av de emnene en pasient kan ønske å ta opp sett på som sosialt uakseptable (6), mange emner er tabu. Det er derfor både utbredt og effektivt å overhøre stikkord. Dette gjøres for å holde pasienten på avstand. Hvis stikkord gang på gang overhøres, kan det føre til at pasienten lærer at "dette skal man ikke snakke om", følelsesmessige bekymringer får man holde for seg selv. En samtale mellom en bekymret pasient som prøver å gi stikkord og en lege som på en rask måte vil gi informasjon blir ofte nytteløs. Pasienten oppfatter ofte ikke noe av det legen prøver å si.

Pasienten kan i en og samme samtale komme med en rekke stikkord. Det blir vanskelig å kunne fange opp alle. Det som blir problematisk er hvis helsepersonellet blir helt selektive i hvilke stikkord det tas tak i. Et eksempel kan være hvis legen bare tar tak i stikkord som handler om praktiske og konkrete problemer og unngår alle som har med følelser å gjøre. For å få pasientene til å åpne seg er det spesielt viktig å reagere på alle stikkord som tyder på psykologiske problemer (6). Dette vil virke inn på åpenhet på alle områder av fysisk, sosial, psykologisk og åndelig art. For å klare å komme inn på flest mulig av stikkordene pasienten presenterer er det gunstig å notere dem underveis. En kan da komme tilbake til dem man ikke får tatt opp med en gang.

Emnet "stikkord" har kommet mye i fokus den senere tid. En skal ikke som helsepersonell forvente å oppfatte alle stikkord som gis. Dette vil være urealistisk. Pasientene vil vanligvis gjenta dem og gir ikke opp så lenge de ikke merker uvilje hos helsepersonellet.

1.2.5 Pasientens kommunikasjonsferdigheter

Når det gjelder kommunikasjonen mellom lege og pasient er det legens ferdigheter og ansvar det største fokus har vært på. Gjennom de siste årene har imidlertid pasientens rolle i lege-

pasient-forholdet endret seg. Pasienten har blitt mer involvert i hele sykdomsprosessen, inkludert behandling og valg av denne. Trening i kommunikasjon for pasienten er en viktig faktor i den økende deltakelsen (10). En må være oppmerksom på forskjellen mellom det genuine ønsket om ikke å delta, og mangel på deltagelse grunnet mangel på kommunikasjonsferdigheter.

En oppsummering av 18 studier gjort fra 1977-2003 trekker frem de viktigste egenskapene hos pasientene. Den viktigste er evnen til å søke informasjon, eller mer presist, å stille spørsmål. Halvparten av studiene viste en signifikant økning i det å stille spørsmål hos de som hadde gjennomgått trening i forhold til kontrollgruppen. En annen egenskap var det å skaffe seg informasjon. Her gjenstår det mye både trening og videre undersøkelser. En tredje egenskap er verifisering av informasjon. Dette inkluderer å spørre om repetisjoner, oppsummeringer og sammenligninger/klassifiseringer. Disse egenskapene vil ikke bare øke forståelsen, men også bedre minnet om hva som er blitt sagt.

Det er gjort mye forskning på resultatet av økt kommunikasjonstrening blant legene, men betydelig mindre på trening av pasientene. De få som sier noe, rapporterer en signifikant effekt på helseresultater. En del forskning indikerer at det spesielt er compliance som bedres. Her er imidlertid behovet for ytterligere forskning betydelig. Videre er ingen av de studiene det i denne oppsummeringen henvises til longitudinelle, og det er derfor vanskelig å si noe om langtidseffekten. Det er også vanskelig å si om de lærte egenskapene overføres fra en situasjon til en annen.

Det har blitt undersøkt hvilken treningsform som har virket mest effektivt på bedring av kommunikasjonsferdigheter. Flere studier har vist at det er læring ved å se på modeller og praktisk trening sammen med disse. Dette er imidlertid en svært dyr og krevende opplæringsform. Et alternativ er opplæring vha. CD-er og datautstyr. Dette er også et dyrt opplegg å tilpasse ulike pasientgrupper, og faren er stor for at det er nettopp de gruppene som trenger treningen mest som ikke vil komme til å bruke den. En av de største utfordringene er derfor å finne den mest kostnadseffektive måten å gi kommunikasjonstrening på og samtidig nå de gruppene som trenger det mest (blant annet pasienter med lavt utdannelsesnivå, ressurssvake). Kommunikasjonstrening har et stort positivt potensial for kreftpasienter.

1.3 Lege-pasient-forholdet

1.3.1 Hvilke forhold påvirker lege-pasient-forholdet?

Forholdet mellom lege og pasient er avgjørende for kommunikasjonen, og kommunikasjonen er avgjørende for forholdet (9). Det er viktig å innse at det er pasienten som har et problem. Det er pasienten legen skal kommunisere med, ikke sykdommen. Det medisinske problem må derfor forstås i forhold til pasientens personlighet, situasjon og sosiale bakgrunn.

Men leger er også forskjellige. Og legens person er en integrert og viktig del av lege-pasient-forholdet. Spesielt to områder kan trekkes frem som avgjørende. Det første er legens holdninger og overbevisning. Legerollen utviklers over tid, både gjennom studiet, arbeidserfaring og en eventuell videreutdanning. Både den teoretiske utdannelsen, den kliniske erfaringen og møtet med rolledannende figurer skaper holdninger. I tillegg preges

hun av sosiale relasjoner. Legens individuelle holdninger og forestillinger har blitt utviklet gjennom hele livet, helt fra barndommen av. Personlighet og kjønn vil være med på å bestemme hvordan følelsesmessige reaksjoner og atferd oppstår. Hennes overbevisninger og holdninger vil være med på å bestemme hvordan informasjon gis, hva hun er interessert i og hva hun anser som legens ansvar. Holdningene er også avgjørende for hvilke valg av beslutninger som tas, f.eks. ved valg mellom medikamentell og atferdsmessig behandling.

Det neste området som kan trekkes frem er legens følelser og emosjonelle reaksjoner. Uten følelser og uten evnen til å bli berørt av andre menneskers problemer, ville hun ikke kunne fungere som lege. Hvordan en reagerer følelsesmessig er avhengig både av legens personlighet og av pasientens situasjon. Det varierer hvordan et lege-pasient-forhold fungerer, noen ganger "stemmer kjemien" godt, andre ganger ikke. Noen pasienter føler legen sympati med, har medlidenhet med (se også avsnittet om empati). Det er ikke mulig å skulle legge følelsene igjen hjemme. Legen kan heller ikke engasjere seg følelsesmessig i alle pasientforhold en kommer borti. Det som er viktig er å erkjenne de følelsesmessige reaksjonene og klare å forholde seg til dem. Bevissthet omkring temaet er sentralt. Hun må lære seg å takle situasjoner, uten at pasienten mister sin profesjonelle hjelper.

1.3.2 Hvordan bygge opp tillitsforholdet til pasienten?

Mabeck (9) tar for seg en metode for å bygge opp tillitsforholdet til pasienten som han kaller PEARLS. Dette står for Partnerskap, Empati, Aksept, Respekt, Legitimering og Support.

Partnerskap. Legen må huske på at hun ikke skal gjøre noe for pasienten, men med pasienten. Et slikt forhold er avhengig av respekt og evnen til å kunne samarbeide. Dette kan være utfordrende. Legen og pasienten har ulike interesser og ulike ekspertise og må klare å "forhandle" seg frem til en løsning. Det er svært viktig i denne sammenhengen at pasienten ikke skal føle seg sviktet. Legen må derfor vise sin støtte og interesse slik at pasienten merker det.

Empati. Dette begrepet kan defineres som evnen til å leve seg inn i pasientens situasjon og uttrykke forståelse for hans følelser og reaksjoner uten å miste evnen til å vurdere situasjonen fra et profesjonelt perspektiv. Se også et eget avsnitt om empati. Forutsetningen for empati er felles bakgrunn som alminnelig menneske. Legen kan forstå pasienten med utgangspunkt i egne erfaringer og opplevelser. Det er imidlertid grenser for hvor nært vi kan leve oss inn i pasientens situasjon. Legen kan bruke empati som en teknikk. Pasienten får økt tillit til legen hvis han føler seg forstått, og dette vil kunne gjøre det lettere for legen å hente frem informasjon.

Aksept. Forholdet mellom legen og pasienten er i utgangspunktet asymmetrisk. Begge er avhengige av hverandre, men det er pasienten som utleverer seg. Pasienten gjør seg sårbar, men i tillit til at han blir forstått og akseptert. Aksept er ikke det samme som enighet, tilpasning eller konfliktunngivelse. Det avgjørende for at pasienten skal føle seg akseptert, er at han føler at han blir tatt på alvor og møtt med en åpen og fordomsfri holdning.

Respekt. Det sentrale punktet her er at pasienten ikke skal oppfatte seg selv som et nummer i rekken, men som et medmenneske. Pasienten skal oppleve å bli oppfattet som et selvstendig og tenkende menneske som er ansvarlig for sine handlinger. Hans meninger skal bli respektert. Pasienten må anerkjennes for sin innsats for å løse problemene.

Legitimering. En pasient skal oppleve at han har rett til å føle det han gjør. Pasientens tolkning av symptomene skal følges opp fra legens side. Er pasienten redd for at smerte i magen kan være kreft, skal pasienten oppleve at dette respekteres.

Support. Det å vise at legen er villig til å hjelpe pasienten kan gjøres på ulike vis, både verbalt og nonverbalt. Legen skal vise at hun er på pasientens side, og at pasienten kan stole på henne. Noen er redde for å røre ved pasienten og vise for mye følelser. Her må legen finne en balanse som er til pasientens beste.

1.3.3 Hvordan påvirker lege-pasient-forholdet compliance?

Compliance defineres som i hvor stor grad en pasients atferd (i betydningen av inntak av medisiner, overholdelse av en diett, gjennomføring av livsstilsendringer osv.) er i overensstemmelse med ordinasjoner og rådgivning (9). Det har vist seg at ved medisinerordinasjoner vil det uten en inngående forklaring og en pasienttilpasset ordinasjon etter en tid bare være 1/3 som tar medisinen som foreskrevet. 1/3 tar ikke medisinen i det hele tatt, mens 1/3 tar den delvis. Non-compliance er uttrykk for at pasienten ikke etterlever legens ordinasjoner eller råd om endring av atferd.

Compliance er av svært sentral betydning for kreftbehandling (2). Uansett hvor dyktige de er som gir behandlingen, og uansett hvor effektiv den er, vil effekten være svært begrenset hvis den ikke følges opp av pasienten. DiMatteo og DiNicola gjorde i 1982 en studie der årsaken til non-compliance ble studert. Den viktigste faktoren ble funnet å være et dårlig lege-pasient-forhold. Årsaken til dette kan da ligge både hos pasienten og/eller hos legen og hans team. For å få til god compliance er god kommunikasjon nødvendig. I utgangspunktet er pasienten absolutt innstilt på å få hjelp hos legen og forstår at han må delta i dette. Legen er også innstilt på å gjøre det hun kan for å hjelpe pasienten. Likevel, til tross for betydelig investering fra begge hold, er sjansene ganske store for at pasienten ikke vil følge de råd han får.

Det er i starten viktig å undersøke om pasienten faktisk har forstått hva han skal gjøre. Legen må spørre pasienten om oppfølgingen og se etter tegn hos pasienten på forvirring eller ubehag. Dette kan eventuelt indikere at han ikke har oppfattet hva han skal gjøre, eller at han ikke er villig til å følge de råd han har fått. Legen må være oppmerksom på nonverbale signaler i tillegg til det pasienten sier direkte. Studier har vist at pasienter som ikke blir spurt om hvordan det går med behandlingen, oppfatter at behandlingen ikke er så viktig og dermed vil ha en større tendens til å slutte.

Det kan være mange grunner til non-compliance. To hovedgrunner kan trekkes frem (9). Enten har ikke legen sikret seg at pasienten har forstått og akseptert faglig velbegrunnede råd. Eller også er ikke legens velmente råd så gode som hun trodde. Dette betyr at pasienten ikke reagerer irrasjonelt fordi han ikke vet bedre, men fordi legens råd av ulike årsaker ikke lar seg gjennomføre eller er akseptable. Disse situasjonene oppstår pga. sviktende kommunikasjon.

For å oppnå god compliance er ikke god informasjon tilstrekkelig. Det er ofte pasientens aksept som mangler. For å forstå situasjonen må legen finne ut hvilke forhold som er sentrale for akkurat denne spesielle pasienten, hva som betyr mest for akkurat han. Ansvar for etterlevelse av en avtale inngått av legen og pasienten er pasientens. Men her er compliance avhengig av den informasjonen pasienten har fått, om legen har forstått pasienten og om pasienten har tillit til legen. Kommunikasjonen må altså fungere, og det er det legens ansvar at den gjør.

1.4 Finnes nøytral informasjon?

Grunntanken med evidensbasert medisin har vært sagt å være: ”tilgjengelige vitenskapelige resultat skal komme til direkte anvending i det praktiske kliniske arbeidet” (11). Videre er poenget med evidensbasert medisin at ”klinisk medisin skal bygge på best mulig vitenskapelig underlag integrert med den enkelte leges kliniske kunnskap og erfaring”.

Sachs (11) skriver at informasjon aldri er nøytral, og den kan derfor ikke overleveres fra en person til en annen i upåvirket tilstand. Mange studier har vist at pasienter har vansker med å tolke vitenskapelige grunner for diagnose, vurdering og behandling. Ved arbeid med alvorlig syke pasienter gjelder det ikke bare å beregne og bedømme ulike grader av risiko. Legen må også finne en måte å presentere dette for pasienten på. Samtalen er det grunnleggende hjelpemiddelet. Deltakerne i samtalen skaper innholdet sammen. Det er derfor feil å snakke om en sender og en mottaker av et budskap. Informasjonen tolkes alltid og er derfor ukontrollerbar for den som gir informasjonen.

I mange samtaler spiller siffer av ulike slag en rolle. Dette kan være risikoberegninger og sannsynlighetsberegninger for et uttall ulike ting. Spørsmålet er hvor lett det er å oppfatte disse. Dette vil være svært avhengig av hvordan tallene legges frem. Hvordan omsettes disse tallene til pasientens egen situasjon? Pasienten tas nå i mye større grad en tidligere med på beslutningen om hva som skal skje med han. Det er i denne sammenhengen viktig at pasienten får et så nøytralt bilde av situasjonen som mulig. Selv om legen klarer å legge frem informasjon på en mest mulig nøytral måte, er det ofte at pasienten tolker det legen sier som et råd eller en instruksjon, en handlingsplan.

En bevissthet om at en samtale er noe som skapes i den enkelte situasjon, kan være av stor betydning for større lydhørhet og tilpasning i interaksjonen mellom lege og pasient. Utdanning og opplæring er et svært viktig felt i denne sammenhengen.

1.5 Empati

1.5.1 Definisjon av begrepet empati

Empati er et mye brukt begrep, og det er nødvendig med en klar avgrensning av selve begrepet. Ordet empati ble først benyttet i estetikken som en innfallsvinkel til å forstå kunst. (12). Ordet er gresk og satt sammen av *en* som betyr inn, og *pathos* som betyr følelse eller lidelse. Empati kan dermed forklares som *innfølelse*, en prosess der man går inn i den andres tanker og følelser og forsøker å forstå disse.

Et spesielt kjennetegn ved empati er at dette er en prosess med både en emosjonell og en intellektuell side. Den emosjonelle delen bringer de to personene nærmere hverandre. Egne følelser og opplevelser bidrar, men spesielt viktig er det å være oppmerksom og følsom overfor den andres budskap. Man må ha evnen til å forestille seg den andres situasjon. Den intellektuelle siden innebærer evnen til refleksjon, bearbeidelse og overveielse av det emosjonelle budskapet. Empati fordrer en opprettholdelse av et klart skille mellom en selv og den andre. Dette er svært viktig og medfører at relasjonen forblir profesjonell.

1.5.2 Tilgrensende begreper

En rekke andre begreper brukes i forbindelse med empatibegrepet. *Sympati* er et eksempel. I sympatien føler legen det samme som pasienten. Hun møter da sine egne følelser, det er hennes egne følelser som forsterkes. Her er det ingen refleksiv og intellektuell side. Sympati foregår på behandlers premisser. *Medfølelse* er et annet begrep. Hovedfokus her er lidelsen, det å leve seg inn i lidelsen og dele denne med andre. Dette kan føre til at legen ser på pasienten som et lidende vesen og at pasientens verdighet og selvbestemmelse til en viss grad blir nedtonet. *Identifikasjon* kan også lett forveksles med empati. Forskjellen er at legen gjennom empatien kan identifisere seg med pasientens erfaringer som pasient, men at dette ikke er det samme som å identifisere seg med pasienten som person. Ved å identifisere seg med pasienten mister hun overblikket som er knyttet til det å være utenforstående.

1.5.3 Empati anvendt profesjonelt

I et lege-pasient-forhold har den som er empatisk et mål eller en intensjon (13). Legen ønsker å skape lettelse, lindring og håp. Empati kan dermed betraktes som en egenskap eller en ferdighet. De fleste behandlere har en empatisk holdning spontant, men dette betyr ikke at en ikke har behov for stadig å utvikle sin empatiske evne.

1.5.4 Kjennetegn ved den empatiske prosessen

Tre elementer er sentrale i den empatiske prosessen (13). *Innlevelse* innebærer å kunne leve seg inn i pasientens følelser, tanker, holdninger og atferd. Dette er utfordrende og er avhengig av engasjement og nysgjerrighet fra legens side. Legen må være oppmerksom både på det pasienten sier direkte og det han uttrykker på annen måte. Dette kan være via kroppsspråk eller ting som ikke blir sagt, men bevisst eller ubevisst utelatt. Det andre elementet er *seleksjon*. Her handler det om å være bevisst på egne følelser som oppstår. Ved samtaler med døende pasienter blir også legen naturligvis påvirket og berørt. Det blir da viktig å bli bevisst de følelsene som oppstår og forholde seg til dem. Kanskje unngår hun å ta opp noen tema fordi disse vekker ubehagelige følelser. Hun må da kunne stille spørsmålet om hvorfor det er slik, om hvorfor hun handler som hun gjør. Ved seleksjon skiller legen seg fra pasienten. Hun bruker de spontant oppståtte følelsene bevisst, til å skille mellom pasientens og egne behov. Det tredje elementet er *faglighet*. Resultatene av innlevelsen skal resultere i noe, en endring. Et eksempel kan være å lindre pasientens smerte, enten fysisk eller psykisk. En empatisk holdning kan ved vonde psykiske reaksjoner i seg selv være lindrende. Legens tilstedeværelse blir svært sentral. Den kan bekrefte at pasienten er til og kan gi pasienten en økt følelse av egenverd.

1.6 Håp

1.6.1 Hva er håp?

Å skulle definere begrepet håp kan være utfordrende. Håp rommer dels den holdningen et menneske har til framtiden, og dels vedkommendes følelse av å være verdsatt, følelsen av mening, og endelig rommer håpet en transcendent dimensjon (14).

I arbeidet med pasienter som har en uhelbredelig sykdom, er det viktig å innse at håp ikke nødvendigvis er det samme som håp om helbredelse (5). En viktig del av håpet vil være å sette seg visse mål for framtiden. Dette vil lettere hjelpe til med å unngå håpløshet. Det er imidlertid sentralt ikke å sette opp urealistiske og for langsiktige mål. Det oppstår da stor skuffelse hvis en innser at disse ikke kan nås. Behandleren kan hjelpe til med å dele opp målene i kortsiktige og mer realistiske delmål.

Det å ha nære, betydningsfulle forhold til andre mennesker, oppleve følelsen av å være verdsatt, er svært viktig for håpets karakter hos alvorlig syke mennesker. Håp kan ha mening, og ikke nødvendigvis framtiden, som den viktigste dimensjonen. Det å kunne fortelle sin livshistorie kan være en måte å opprettholde håpet på. Det har vært vist at et klart flertall av pasientene mente det fremmet håp når de kunne gjenkalle og dele gledelige minner.

En tredje komponent av håpet er den transcendent dimensjonen. Dette omfatter når et menneskes basale livsverdier strekker seg utover det som hører til den verden som kan erfares. Det omfatter trosaspekter knyttet til en makt som er større og annerledes enn oss selv, som en Gud. Mange alvorlig syke finner sin kilde til håp her.

Håpet endrer karakter utover i sykdomsforløpet (2). Dette hjelper pasienten til å leve det livet som gjenstår. Fra å håpe på at diagnosen er feil, er håpet å kunne få kurativ behandling. Selv om døden nærmer seg, forsvinner ikke håpet, men pasienten håper kanskje å få være med på spesielle opplevelser med familien. Til slutt håper pasienten å få en fredfull og ikke for smertefull død.

1.6.2 Håp og kommunikasjon

Det har tidligere vært en tradisjon for at håp må opprettholdes for enhver pris. I dette ligger det da oftest at håp er et håp om kurasjon. Dette håpet kan lett virke destruktivt (2). Enkelte pasienter opplever et falskt håp. Mange i pasientens omgivelser kan bidra til det falske håpet. Dette kan være leger, pleiepersonale og pårørende. Pasientene kan få høre at alt kommer nok til å gå bra til slutt, det gjelder bare å kjempe og ikke gi opp. Hvis pasienten da likevel opplever tilbakeslag etter tilbakeslag blir dette tungt å bære og håpløsheten blir dominerende. Psykiater Averil Stedeford har sagt "Nest etter fysisk smerte er det mangelfull kommunikasjon som gir personer med langt fremskreden kreft mest smerte" (13). Mangelfull kommunikasjon kan innebære mange ulike faktorer; falsk trøst, uklar informasjon, forsøk på oppmuntring eller oppfordring om at pasienten må ta seg sammen. Hvis pasienten opplever håpløshet er den mest hensiktsmessige måten å kommunisere på å anerkjenne pasientens fortvilelse og bekymringer. Et vesentlig problem i denne sammenhengen er at pasienten ofte kan bli gående med en voksende følelse av håpløshet uten at helsepersonellet oppdager dette (6). Helsepersonellet føler at de kan for lite om hvordan dette skal håndteres og tror det vil ta for mye tid.

I det tradisjonelle behandlingssystemet er det nesten utelukkende de fysiske implikasjonene av sykdommen som er i fokus. Psykiske og sosiale problemstillinger vektlegges i langt mindre grad, og eksistensielle og åndelige spørsmål tas sjelden opp (14). I den palliative tradisjonen er det en forutsetning at pasientens opplevelse av sykdommen i sin helhet skal tas alvorlig. Alle aspektene må tas opp for å fremme pasientens håp.

1.7 Åndelige spørsmål

Det åndelige området omfatter både eksistensielle spørsmål og våre løsninger, svar eller strategier for å leve med spørsmålene. Det er disse løsningene vi kaller livssyn (15).

Det åndelige området	
Eksistensielle spørsmål	Livssyn (løsninger, strategier)
Har livet noen mening?	Noe jeg skaper / Gitt av Gud
Hvilken verdi har livet mitt hatt?	Jeg har gjort mitt beste / Livet har verdi uavhengig av hva jeg gjør
Hvem er glad i meg?	Familie / Venner / Gud
Hvordan kan jeg leve med smerte og lidelse?	Smerten har mening
Hvordan kan jeg leve med at jeg skal dø (snart)?	Jeg vil bli husket / Jeg venter meg et liv etter døden

I denne modellen er det ikke den institusjonelle siden av religioner og livssyn som blir den viktigste, men den funksjonelle, d.v.s. den enkeltes livssyn.

Åndelig omsorg for alvorlig syke pasienter kan forstås som det å oppfatte pasientens eksistensielle problemer, lytte til disse problemenes mening i pasientens livshistorie, og assistere pasienten i hans arbeid med problemene med utgangspunkt i hans livssyn.

Kreft er for mange en spesielt utfordrende sykdom, dette bl.a. fordi en mangler en forklaring på hvorfor sykdommen oppstår. (Med unntak bl.a. av lungekreft hos røykere.) (6) To vanlige følger av søken etter mening er skyldfølelse og sinne. Mange kreftpasienter kommer til at sykdommen er en straff for noe han har gjort, eller eventuelt ikke gjort, tidligere i livet. Dette kan få konsekvenser for forholdet hans til pårørende og kan bli svært belastende. Bedre innsikt i sykdommen kan bidra til å endre denne oppfattelsen. Samtaler med en religiøs veileder kan også være viktig for en del. Det som er sentralt her er at legen kommuniserer godt med pasienten for å finne ut om han faktisk tenker i disse baner. Det kan bli svært tungt å bære disse tankene alene. Sinne oppstår ofte hos pasienter rammet av kreft. En kan føle at kontrollen over livet deres er fratatt dem. Sinnet kan rettes mot mange forskjellige personer, mot Gud, men også mot en selv. Som helsepersonell kan det være viktig å prøve å flytte pasientens oppmerksomhet bort fra sinnet til de følelsene som er forbundet med det. Fortvilelse er en slik følelse. Den kan bunne i sorg, men det er ikke alltid mulig å lindre sorgen selv om en har funnet frem til at det er den som ligger til grunn. Det blir da viktig som helsepersonell å erkjenne og godta fortvilelsen og bidra til å lindre følelsen av isolasjon.

1.8 Pårørende

Alvorlig sykdom angriper ikke bare kroppen, men også relasjoner (16). Det kan derfor være et behov for at helsepersonell avdekker familieproblemer og problemer i forbindelse med kreftsituasjonen. Imidlertid vil vedvarende problemer innad i en familie kunne være annerledes, og disse vil sannsynligvis ikke bli løst selv om et familiemedlem har kreft (6).

Familien gjennomgår en vanskelig tid. Det er vanlig at sorgprosessen og sorgarbeidet starter når de innser at døden er uunngåelig. Gjennom sykdomsforløpet foregår en gradvis løsrivningsprosess, samtidig som de pårørende og pasienten kan knyttes tettere sammen. Det er viktig at de pårørendes behov for å bearbeide sorg ikke glemmes, hvilket dessverre ofte skjer. Helsepersonell må gi klare signaler om at de pårørende kan snakke med dem om vanskelige tema. Det må tas hensyn til individuelle måter å reagere på. Familien og den syke må få hjelp til å snakke om "forbudte og uakseptable" følelser, som sinne, bitterhet og gamle krangler. Familien må få informasjon om hvilke følelser og reaksjoner som er vanlige ved alvorlig og livstruende sykdom.

Samspillet mellom pasienten, de pårørende og helsepersonellet kan fungere på mange ulike vis. Et problem som ofte oppstår er at mange nære pårørende vil ha informasjon direkte fra sykehuset. Dette lar seg ikke løse i praksis og kan skape mange problemer. I slike situasjoner bør pasienten bestemme hvem som kan være familiens talsmann. Denne blir så ansvarlig for å formidle informasjon videre til de andre pårørende. Det er jo viktig i denne situasjonen at pasienten bestemmer hvem som skal få informasjon.

En klassisk reaksjon kan opptre hvis pårørende får vite om diagnosen eller prognosen før pasienten selv får vite noe. Det er en svært vanskelig situasjon for de pårørende og kan resultere i at de ber helsepersonellet ikke si noe til pasienten, dette for å beskytte pasienten mot sannheten. Fortielse skjer fordi noen ut fra de beste motiver tror de har rett eller plikt til å holde opplysninger tilbake fra en annen. Men dette setter i skarpt relieff hele spørsmålet om hvem som har rett til informasjon, hvordan avgjørelser tas om å gi informasjon, og hvem som bør gi den.

Man må når man skal gi informasjon til pårørende ta stilling til om det er best å snakke med pasienten og de nærmeste pårørende sammen eller hver for seg. Det kan virke som en enkel sak, en kan jo bare spørre hva de ønsker. Her er det imidlertid viktig å være klar over en del utfordringer. Den ene partneren kan være svært dominerende over den andre, paret kan oppføre seg helt annerledes privat enn i offentligheten. Dette kan føre til et skjevt bilde av parets behov, både sammen og hver for seg. For noen pasienter blir det svært vanskelig å utlevere seg når partneren er tilstede. Dette kan sterkt påvirke utvekslingen av informasjon. Det er også stor forskjell i hvordan ulike par håndterer utfordringer. Noen pleier å prate sammen straks, andre trenger betydelig lengre tid før de snakker sammen.

Faulkner og Maguire (6) anbefaler at man i den grad det er mulig bør snakke med partnerne hver for seg. Dette kan så eventuelt lede til en felles samtale, men forhåpentligvis har partnerne kunnet velge fritt. Her er det imidlertid stor uenighet. Kvåle (16) anbefaler at den nærmeste i familien skal få tilbud om å være med når pasienten skal informeres om sykdom og behandling, så sant den syke ikke har noe imot dette. Samtidig er det nok store individuelle forskjeller på hva som er best.

1.9 Normale psykiske reaksjoner og psykiske lidelser

Skillet mellom en normal psykisk reaksjon og en psykisk lidelse må oppfattes som flytende (17). Det er vanlig å bruke både varighet og intensitet som indikatorer på om en psykisk lidelse foreligger.

En psykisk lidelse i form av angst, depresjon eller en blanding av disse har større mulighet til å utvikle seg hvis pasienten som nettopp har fått en kreftdiagnose, ikke klarer å overvinne bestemte grunnleggende psykiske hindre (6). Disse omfatter:

1. Usikkerhet om fremtiden
 - Dette kan innbefatte usikkerhet om kreften vil komme tilbake. En tolker alle nye psykiske symptomer som tegn på at kreften er tilbake.
2. Leting etter mening
 - Spørsmålet "Hvorfor jeg?" stilles. Det kan oppstå et tomrom. En kan bli overbevist over at det er ens egen feil, at en straffes, eller en er sikker på at noen andre har skylden og blir bitter.
3. Tap av kontroll
 - Det er gunstig om en har mulighet til å gjøre noe selv for å påvirke utfallet. Hjelpeløshet oppstår ellers lett og innebærer økt risiko for depresjon.
4. Behovet for åpenhet
 - Fortielse hindrer psykologisk tilpasning.
5. Behovet for følelsesmessig støtte
 - De som merker at andre bryr seg om dem klarer seg mye bedre enn dem som føler at andre ikke skjønner hvor vanskelig de har det.
6. Behov for medisinsk støtte
 - Det er ikke gunstig hvis pasientene holder seg tilbake og ikke vil bry legen. De kan da i perioder for eksempel lett falle mellom oppfølging fra et kreftsenter og fastlegen sin.

Generelt gjelder at de som ikke kan overvinne et eller flere av disse punktene, gjerne utvikler en psykisk lidelse i løpet av det første året etter diagnosen er stilt. Dette skjer uavhengig av andre problemer som selve kreftbehandlingen medfører.

En ny amerikansk studie har vist at det ikke er stressende eller skadelig å snakke om døden med pasienter som snart skal dø (18). 1000 pasienter og pårørende ble intervjuet. Spørsmålene handlet bl.a. om symptomer, livssituasjon, leveutsikter og reaksjon på intervjuet. 89 % av både pasienter og pårørende opplyste at intervjuet hadde vært lite eller ikke stressende. Mer enn halvparten syntes intervjuet hadde vært til nytte.

Det antas at kreftpasienter har en psykiatrisk komorbiditet på 20-30 % (17). Dette er ca en fordobling av hva man finner i den generelle befolkningen. Men tallet er likevel ikke høyere enn hva man finner hos andre grupper av pasienter med alvorlig somatisk sykdom. Trolig er imidlertid den psykiske sykkeligheten varierende i forhold til hvilken krefttype pasienten er rammet av. Videre er hvor i sykdomsforløpet pasienten befinner seg av betydning.

Et hovedproblem for denne pasientgruppen er mangelen på diagnostikk av psykiatrisk sykdom. Det er vist at leger ikke diagnostiserer psykiatrisk komorbiditet hos inntil 50 % av pasientene som samtidig er somatisk syke. Det antas at hovedgrunnen til dette er at legen tenker at pasientens plager er forståelige fordi vedkommende er så alvorlig syk. Det som er

helt sentralt å være klar over her, er at denne antagelsen er feil fordi alvorlig somatisk sykdom oftest *ikke* er forbundet med psykiske lidelser.

Del 2: Hvordan læres gode kommunikasjonsferdigheter?

2.1 Er behovet for trening i kommunikasjon til stede?

Det første spørsmålet som må stilles er hvordan helsepersonell i utgangspunktet kommuniserer med pasienter. Ingen av oss er født flinke til å kommunisere (5). Mange studier opp gjennom tidene har vist store mangler i kommunikasjonsferdigheter (6). Det har vært vanlig å anta at denne type evner var noe alt helsepersonell hadde fra naturens side. Det er imidlertid vist at leger for eksempel manglet evnen til å få frem kreftpasienters bekymringer. Man fant hyppigere en atferd som hindret åpenhet enn som fikk pasienten til å fortelle. Forholdet mellom heldig og uheldig intervjueteknikk var 1 til 3. Det hadde ingenting med helsepersonellens alder å gjøre, hvor lenge de hadde arbeidet med kreftpasienter, eller deres profesjonelle status eller trening. En studie fra 1976 viste at 6. års legestudenter hadde alvorlige mangler i utspørringsferdigheter. ¼ fikk ikke frem pasientens hovedproblem, og de hadde fremfor alt ingen innsikt i hvordan de aktuelle problemene virket inn på pasientenes daglige liv, sinnsstemninger og personlige forhold. En studie fra 1984 viste at det legestudentene trengte mest hjelp til var bruken av kartlegging, avventende taushet, konfrontasjon og i å oppfatte stikkord i tillegg til å dekke psykologiske aspekter.

Studier fra slutten av 70-tallet viste at kommunikasjonsferdighetene ikke bedret seg etter at legestudentene startet å arbeide (2). En forklaring på dette var at de nye legene da bare var opptatt av pasientens sykdom, ikke hans personlige problemer. Dette kan være et resultat av legeutdannelsen, hvor fokus ble lagt på diagnose og behandling, ikke på pasienten som person og pasientens bekymringer.

Evnen til nærhet og empati vil være begrenset av vår egen angst for sykdom og død (5). Erfaringene som den enkelte lege har hatt, helt fra barndommen av, vil gi helt ulike syn på livet og på mennesket. Dette medfører at alle er forskjellige, og det finnes derfor ingen fasitsvar på hvordan man skal kommunisere med alvorlig syke og døende. Men alle kan uansett bli bedre. Grunnlaget for en positiv utvikling kan legges ved å erkjenne viktigheten og verdien av å komme nær den syke, støtte ham og arbeide med egne reaksjoner, angst og nærhetsproblemer.

2.2 Hvordan undervise studenter i klinisk kommunikasjon?

2.2.1 Hvilke metoder er mest effektive?

På siste halvdel av 1970-tallet ble det gjort studier for å utvikle mer effektive treningsmetoder og å undersøke hvor effektive disse var (6). En studie brukte detaljerte skriftlige veiledninger sammen med TV-demonstrasjoner etterfulgt av praksis under kontrollerte forhold. Denne treningen gav betydelige fremskritt for dem som deltok sammenlignet med en kontrollgruppe. Man ønsket imidlertid å undersøke hvor viktig tilbakemeldingsdelen var for resultatene. Det ble gjort ytterligere en studie. Her kom det klart frem at tilbakemelding var helt sentral for at

studentene skulle lære å få frem informasjon. De studentene som fikk tilbakemeldning på video eller lydbånd viste betydelig bedring av teknikkene. Studentene lærte spesielt å unngå gjentakelser, de lærte å stille personlige spørsmål og reagere på stikkord. De tradisjonelle læremetodene som ble brukt, førte ikke til bedring verken i mengde informasjon de fikk frem eller i selv evnen til å stille spørsmål. Disse studiene var basert på individuell tilbakemeldning. Dette var svært tidkrevende. Senere studier har vist at en oppnår like gode resultater selv om tilbakemeldingen foregår i små grupper. Det ble forsøkt å gjøre en del av treningen uten lærer til stede. Dette gav imidlertid ikke like gode resultater. Studentene anstrengte seg da mindre og gjorde ikke like gode fremskritt.

Erfaringer har blitt samlet inn bl.a. fra opplæring av lege- og sykepleierstudenter. Det er spesielt to læremetoder som har blitt vektlagt (6). For det første ble innholdet i en undersøkende samtale og hovedteknikkene klargjort ved bruk av demonstrasjonsvideoer. Det ble videre demonstrert hvordan man bør og ikke bør gå frem i vanskelige situasjoner. For det andre fikk deltakerne anledning til å praktisere viktige kommunikasjonsoppgaver i små grupper med tilbakemelding i etterkant. Metoden som ble brukt var rollespill.

2.2.2 Rollespill

Ved rollespill får studenten mulighet til både å spille rollen som den spesielle pasient, pårørende eller kollega som de har hatt særlige vansker med (6). De kan i tillegg øve seg på viktige oppgaver i sin egen rolle som lege. En positiv faktor er at vanskelighetsgraden kan varieres. Mange kan oppleve å innse at deres ferdigheter ikke er på det nivået de trodde i forkant. Det er da viktig ikke å gjøre utfordringene for store.

Underveis kan deltakerne be om hvilepauser. De som observerer skal bidra med å foreslå videre strategier i samtalen. Når samtalen i etterkant gjennomgås, skal de som har observert komme med positive kommentarer før de kommer med konstruktiv kritikk. Når kritikk gis, skal det samtidig gis forslag til hvordan ting kunne vært gjort bedre.

2.2.3 Undervisning av studenter i Norge

Det ble i Tromsø i 1987 utført et undervisningseksperiment på 6. års medisinstudenter (19). Bakgrunnen var at studentene hadde liten trening i å formidle tunge budskap til alvorlig syke og døende og deres pårørende. Intensjonen i studieplanen var å utdanne mer ”menneskelige” leger. Målsettingen for denne undervisningen var tosidig:

1. I kombinasjon med praktiske øvelser ønsket man å få problematisert selve formidlingssituasjonen.
2. Å eksponere studentene for en stor bredde av emosjonelle reaksjoner fra pasienter og pårørende.

Metoden som ble brukt her var profesjonelle skuespillere. Undervisningssituasjonen skulle i størst mulig grad gjenspeile virkeligheten. Studentene fikk på forhånd tildelt en sykehistorie med diagnostiske funn, og hvilke konsekvenser dette ville ha for pasienten. Beskjeden de skulle overbringe pasienten var av alvorlig karakter. Resten av gruppen skulle observere og delta i en lengre samtale i etterkant.

Det var en klar hensikt med å bruke skuespillere i stedet for rollespill. Pasientens følelsesmessige reaksjoner kunne programmeres. Pasientreaksjonene ble derfor svært varierte.

Siden skuespillere er godt trent i improvisasjon flyter samtalen bedre enn den ville gjort med en student som pasient. Skuespillere gir videre økt alvor til situasjonen, personlige forhold studentene imellom spiller ikke inn. Skuespillere har ikke de medisinske kunnskapene som studentene har. Dette vil gi en mer realistisk situasjon. Skuespillere kunne også gi god og konstruktiv kritikk og tilbakemelding.

De følelsesmessige reaksjonene som studentene ble stilt overfor hos pasient/pårørende var:

- Avvisning
- Fornektelse/sammenbrudd
- Pårørendes skjerming av pasienten
- Pasienten ønsker samtaler om døden og hva som kommer etter
- Akutte sorgreaksjoner – gråt – desperasjon
- Manglende reaksjon – emosjonell flathet
- Sørgende etterlatte
- Sinne – aggresjon

Det er vist at hvilken holdning legen selv har til døden og dødelige sykdommer er av stor betydning for hvordan informasjon gis. Det at en lege kan snakke fritt om døden med sine pasienter, vil gjøre henne til en stor støtte for pasienten. Det er derfor svært viktig at denne type problemstillinger tas opp gjennom medisinstudiet.

Det ble i 2003 gjort en gjennomgang av undervisningen av medisinstudenter i klinisk kommunikasjon ved de fire universitetene (20). Undervisningsopplegget foregår primært i smågrupper og er derfor ressurskrevende. Evalueringen gjøres for å undersøke resultatene i forhold til investeringen. Den grunnleggende tanken bak undervisningen generelt er at kommunikasjon og intervjuferdigheter kan læres uavhengig av personlighetstype, så lenge undervisningen er strukturert og målrettet, og stadig gjentas utover i studiet. Den overordnede målsetting er at *”studentene skal bli trygge på sin rolleidentifisering som lege, utvikle evne til å vise empati og til å kunne integrere pasient- og sykdomsperspektivet slik at de faglige medisinske oppgavene blir ivaretatt”*. For å kvalitetssikre undervisningen ble det her gjort en sammenligning av undervisningen ved de ulike universitetene. Det skal senere gjøres en evaluering der man undersøker resultatene av de ulike typene undervisning.

Undervisning i klinisk kommunikasjon ble definert som følger: Individuell eller gruppebasert undervisning der over halvparten av studentene får direkte tilbakemeldning fra lærer og medstudenter på intervjuferdigheter og kommunikasjonsform.

Undervisningen var plassert på ulike steder i studiet ved de ulike universitetene. Studiet ble delt inn i 3 faser: Startfasen (1. og 2. studieår), midtfasen (3., 4. og 5. år) og avslutningsfasen (6. år). Fordelen med å plassere undervisningen tidlig er å sensibilisere studentene for kommunikasjonsaspektene før hovedtyngden av klinisk undervisning. Ulempen er at ferdighetene kan avlæres igjen. Dette kan jo være et argument for å legge hovedtyngden mot slutten. En ulempe her kan være at studentene allerede har lært en inadekvat kommunikasjonsstil og at denne vanskelig avlæres. En undervisning som fortsetter gjennom hele studiet muliggjør en progresjon, og flere kliniske fag kan knyttes sammen med kommunikasjonstreningen. En fare kan være at studentene ”går lei”, dette spesielt hvis progresjonsaspektet ikke ivaretas.

Ulike undervisningsformer brukes: Rollespill og video, møte med reell pasient og skuespillere som pasient. Alle disse metodene ble benyttet ved alle lærestedene. Fordelen med reelle

pasienter er at det muliggjør mengdetrening. Denne type undervisning involverer mange lærere, og faren er at fokus ikke i tilstrekkelig grad blir satt på kommunikasjon. Bruken av skuespillere er svært nyttig i forbindelse med trening på emosjonelt ladete situasjoner. En student kan f.eks. trene på ulike typer tilnærminger på samme pasient (skuespiller). Denne metoden ble brukt i sluttfasen av studiet. Bruken av rollespill og video kan være meget nyttig og gir gode muligheter for grundige tilbakemeldinger. Dette er jo også en ressurskrevende undervisning.

Utvikling av lærerkompetanse er et sentralt område innen kommunikasjonsundervisningen. Utfordringen ligger i å få gjennomslag i de kliniske miljøer for tankegangen om at intervju og kommunikasjonsferdigheter er av betydning for å kartlegge pasientens helseproblemer. De kliniske lærerne må utdannes i kommunikasjonsundervisningens pedagogikk. Det har vist seg at opplæring av lærere bør innbefatte at lærerne først får erfaring i utspørring selv, før de underviser i det (6). Instruktører som har fått opplæring med tilbakemelding, blir betydelig flinkere selv. De blir i tillegg mer følsomme for elevenes behov og reaksjoner. Det er viktig at klinisk kommunikasjon ikke skal oppfattes av studentene som et eget fag, men som en del av sykdomsutredningen.

2.3 Hvordan undervise leger i klinisk kommunikasjon?

2.3.1 Innledning

Trenger erfarne leger undervisning i klinisk kommunikasjon? Dette er et sentralt spørsmål i sammenhengen om det er vits å sende leger på kommunikasjonskurs. Mange mener at erfaring gir en det en trenger å kunne. Det er utført noen studier for å besvare dette spørsmålet.

2.3.2 En randomisert, kontrollert studie av effekten av kommunikasjonstrening

Det ble i 2002 utført en randomisert, kontrollert studie av undervisning i klinisk kommunikasjon for onkologer (21). 160 onkologer fra 34 britiske kreftsentre og 2407 pasienter deltok. Legene ble delt inn i 4 grupper. Alle ble i starten videofilmet under 6-10 konsultasjoner. Gr. 1 fikk skriftlig tilbakemelding på kommunikasjonen under konsultasjonene og gjennomgikk deretter et 3-dagers kurs. Gr.2 fikk ikke skriftlig tilbakemelding, men gjennomgikk kurset. Gr. 3 fikk skriftlig tilbakemelding, men deltok ikke på kurset. Gr. 4 fikk verken tilbakemelding eller deltok på kurs. Tre måneder senere ble alle legene videofilmet igjen, og resultatene ble sammenlignet med den første filmingen.

Kurset var sentrert rundt legene og hva de ønsket å lære. Konsultasjonene fra den første filmingen ble gjennomgått og legene så selv hva de trengte mest trening i. De utfordringene som ble oppgitt av flest leger var å formidle komplisert informasjon og å få frem informert samtykke fra pasientene. Kurset varte i 3 dager og inneholdt strukturert tilbakemelding, videoopptak, rollespill med profesjonelle skuespillere, interaktive demonstrasjoner og diskusjon.

Ved den andre filmingen ble det i gruppene som hadde gjennomgått kurset funnet signifikant økt antall av fokuserte spørsmål, økt uttrykk av empati og passende respons på pasientens stikkord ("cues"). Det ble videre stilt færre lukkede spørsmål og flere åpne spørsmål. Dette ble ikke funnet i de to andre gruppene. Det ble ikke funnet endring i det å avbryte pasienten eller å sjekke pasientens forståelse. Legene fikk økt selvtillit i opplevelsen av vanskelige kommunikasjonsituasjoner. Skriftlig tilbakemeldning gav ingen signifikant bedring av kommunikasjonsferdighetene. En del kommunikasjonsferdigheter lot seg ikke måle fordi aktuelle situasjoner oppstår sjelden. Pasientene som legene hadde konsultasjoner med ble ikke valgt ut på noen spesiell måte. Dette kan selvsagt ha ført til en skjevhet i registreringene. Det er heller ikke undersøkt om de nye ferdighetene vedvarte over lang tid.

Som en oppsummering kom det klart frem at onkologer som arbeider daglig med kreftpasienter har mange vanskeligheter i kommunikasjonen med pasientene, deres pårørende og kolleger. Tid og erfaring alene løser ikke disse problemene. Kursene ble oppfattet som svært informative og relevante for legenes kliniske praksis.

2.3.3 Vil kommunikasjonstrening endre legers holdninger?

Kommunikasjonskurset som ble beskrevet over (21) ble også brukt til å studere legens holdninger og viktigheten av psykososiale forhold hos pasienten (22).

En pasientsentrert tilnærming til behandling og pleie har mange fordeler. Det har for eksempel blitt vist en bedring i compliance, økt tilfredshet hos pasienten og en bedre forståelse av symptomene fra legens side. En pasientsentrert konsultasjon er karakterisert av en høy frekvens av åpne spørsmål, anerkjennelse av pasientens følelser og emosjoner, og det å dele ansvaret i beslutningsprosessen rundt konklusjonen av konsultasjonen. Dette medfører at pasientsentrert atferd ikke bare bør demonstrere gode kommunikasjonsferdigheter, men også at legen bør uttrykke positive holdninger overfor viktigheten av denne atferden. Denne studien ville undersøke sammenhengen mellom disse to forholdene.

En lignende studie utført tidligere (23) viste at leger som mente psykososiale forhold var viktige, gav mer uttrykk for emosjoner og empati. De gav mer psykososial og mindre biomedisinsk informasjon enn leger med mindre positive holdninger.

Denne studien (22) brukte spørreskjema for å fange opp legens holdninger. Disse ble brukt to ganger, en gang ved første filming og en gang ved andre filming 3 måneder senere. Det ble så observert om det var ending over tid, og om det var forskjell mellom de gruppene som hadde gjennomgått kurset og kontrollgruppen. Det viste seg at legens holdninger til psykososiale forhold kan endres etter kommunikasjonstrening. Treningen skulle inneholde både kognitive, affektive og atferdsmessige komponenter. Når ny atferd skal læres, er det spesielt viktig å finne ut om legen har sterke holdninger som kan kollidere med den nye atferden. Ved sterke motsetninger vil ny atferd raskt bli forlatt eller avvist. Konklusjonen ble at denne typen kurs ikke bare fører til en mer fordelaktig og effektiv kommunikasjonsstil, men også endrer holdninger og tro på viktigheten av psykososiale forhold. Dette fører til en økt sannsynlighet for at de lærte ferdighetene vil benyttes i den kliniske sammenhengen og vil vare over tid.

Oppsummering og konklusjon

Jeg har i den første hoveddelen av oppgaven satt fokus på den kliniske samtalen. En pasient som får en så alvorlig diagnose som kreft, vil gå en tøff tid i møte. Det er viktig at helsevesenet vil gjøre mest mulig for å hjelpe pasienten gjennom denne tiden.

Hvordan kommunikasjonen mellom pasienten og legen fungerer er svært vesentlig. God kommunikasjon fører til at legen i større grad får tak i pasientens problem. Pasienten blir mer fornøyd og forstår informasjon om sykdom og behandling på en bedre måte. Dette fører også til større sannsynlighet for at pasienten følger opp behandlingen. Pasientens stressnivå blir lavere, og sjansen for å bli rammet av angst og depresjon reduseres. God kommunikasjon fører også til at legen får en bedre mestringsfølelse.

En samtale mellom legen og pasienten er naturligvis avhengig av hvor i sykdomsforløpet pasienten befinner seg. Starten av lege-pasient-forholdet er preget av mye usikkerhet. Diagnosen er kanskje ikke klar og beslutninger rundt videre tiltak og behandling er ikke tatt. Noe senere, når diagnosen er fastsatt, er det en utfordring for enhver lege å skulle bringe et så alvorlig budskap som en kreftdiagnose til en pasient. For 30-40 år siden var det ikke vanlig å gi all informasjon om en så alvorlig sykdom til en pasient. Man mente at pasienten ikke ville klare å håndtere situasjonen, få alvorlig depresjon og angst og få en verre slutt på livet enn om han ikke visste alvorlighetsgraden av sykdommen sin. Denne tilnærmingen måten er nå forlatt. Studier har vist at det ikke var hold i denne type antagelser. Pasientene ønsker ærlighet. Pasienter reagerer naturligvis ulikt på å få en kreftdiagnose, og en lege må lære å håndtere disse situasjonene på en best mulig måte.

”Ikke ta fra pasienten håpet!” er et utsagn som en ofte hører, spesielt fra pårørende. Mange opplever det å skulle være ærlig med pasienten som i konflikt med å bevare håpet hos en pasient. Håp er imidlertid ikke alltid det samme som et håp om kurasjon. Håp kan innebære å få oppleve en spesiell situasjon, få være med på en hendelse som er viktig for en. Håp kan også handle om følelsen av å være verdsatt, følelsen av mening. Det er viktig å samtale både med pasienten og pårørende for å klare opp i problemstillinger og bekymringer rundt dette tema. Pårørende må ikke glemmes.

En pasient gir mange signaler til legen om hva han tenker på, er opptatt av og bekymret for. Det er et stort problem at både verbale og nonverbale tegn ofte ikke fanges opp av legen. Pasientens problemer består av mye mer enn fysiske symptomer. I en så utfordrende tid som pasienten går igjennom er i tillegg psykiske, sosiale og ofte åndelige spørsmål svært viktige. Legen er ansvarlig for at pasienten skal få tatt opp disse aspektene også.

Empati er en evne hos legen som er av stor betydning i lege-pasient-forholdet. Et viktig skille mellom empati og tilgrensende begreper som medfølelse, sympati og innlevelse, er at empati har både en emosjonell og en intellektuell side. Dette gjør empatien viktig i den profesjonelle rollen som legen har overfor pasienten.

I den andre hoveddelen av oppgaven har jeg sett på hvordan god kommunikasjon kan læres. Det har gjennom mange studier vist seg at både medisinstudenter og leger mangler gode kommunikasjonsferdigheter. Også hos erfarne spesialister som har arbeidet med kreftpasienter i mange år er det mange ferdigheter som kan læres bedre. Behovet for kommunikasjonstrening er absolutt til stede. Gjennom medisinstudiet har

kommunikasjonstrening fått en større plass enn tidligere. Undervisningsformene er ressurskrevende. Det er derfor viktig å finne frem til de mest effektive måtene å få til et godt resultat på. Studier gjøres på området og disse må følges ytterligere opp. Det å lære god kommunikasjon er en kontinuerlig prosess. Det er derfor viktig at ferdige leger følges opp med undervisning. Det er dokumentert at gode kommunikasjonskurs er både informative og relevante for legenes kliniske praksis.

Litteraturliste

1. Maguire P, Pitceathly C: Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697-700.
2. Lichter I: Communication in cancer care. ISBN 0-443-03698-5, Churchill Livingstone, New York 1987.
3. Norum J: Kommunikasjon med kreftpasienter – selvfølgeligheter kan lett glemmes. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1723-24.
4. Wist E, Kaasa S: Å kommunisere med den alvorlig syke pasienten. I: Kaasa S (red): *Palliativ behandling og pleie*. ISBN: 82-417-0901-3, Ad Notam Gyldendal, Oslo 1998, 101-16
5. Wist E: Å kommunisere med den alvorlig syke pasient. I: Kaasa S, Wist E og Høst H (red.): *Palliativ Strålebehandling*. ISBN 82-00-40691-1, Universitetsforlaget AS 1992, s 88-94.
6. Faulkner A, Maguire P: Å samtale med kreftpasienter og deres familier. Oversatt av Smith AM. ISBN 82-518-3597-6, Tano Aschehoug 1998.
7. Eide H, Graugaard P, Holgersen K, Finset A: Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Education and Counseling* 2003; 51: 259-66.
8. Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ: What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ* 2004; 328: 1343-9.
9. Mabeck CE: Samtalen med patienten. Kommunikasjon og forståelse. ISBN 87-7891-005-6, Lægeforeningens forlag, København 2000.
10. Cegala DJ: Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient Education and Counseling* 2003; 50: 91-4.
11. Sachs L: Kommunikativa problem i den evidensbaserade medicinen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 908-11.
12. Heidenreich KS: Empati i lege-pasient-forholdet – teknikk eller etikk? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1507-11.
13. Svarre HM: Empati – operasjonalisering av den empatiske holdning. I: Kaasa S (red): *Palliativ behandling og pleie*. ISBN: 82-417-0901-3, Ad Notam Gyldendal, Oslo 1998, s 95-100
14. Busch CJ: Håpløshet og håp. I: Kaasa S (red): *Palliativ behandling og pleie*. ISBN: 82-417-0901-3, Ad Notam Gyldendal, Oslo 1998, s 69-82.
15. Stifoss-Hanssen H: Åndelig omsorg. I: Kaasa S (red): *Palliativ behandling og pleie*. ISBN: 82-417-0901-3, Ad Notam Gyldendal, Oslo 1998, 83-94.
16. Kvåle K: Familien og den alvorlig syke. I: Kaasa S (red): *Palliativ behandling og pleie*. ISBN: 82-417-0901-3, Ad Notam Gyldendal, Oslo 1998, s 141-52.
17. Loge JH, Ekeberg Ø: Psykososiale forhold og stress-reaksjoner. I: Kåresen R og Wist E (red): *Kreftsykdommer*. ISBN 82-00-45260-3, Gyldendal Akademisk, Oslo 2000, s 377-87
18. Emanuel EJ, Fairclough DL, Wolfe P et al: Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1999-2004.
19. Wist E: Hvordan overbringer legen det vonde budskap? *Nord Med* 1987; 102: 321-2.
20. Levinson W, Roter D: Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 375-9.
20. Gude T, Anvik T, Børheim A et al: Undervisning i klinisk kommunikasjon for medisinstudenter i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2277-80.

21. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V et al: Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2002; 359: 650-6.
22. Jenkins V, Fallowfield L: Can communication Skills Training Alter Physicians' Beliefs and Behavior in Clinics? *Journal of Clinical Oncology* 2002; 20: 765-9.
23. Levinson W, Roter D: Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 375-9.